

⑩ ケアマネジメントに必要な医療との
連携及び多職種協働の意義

はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。
- チャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

本科目の構成（1/2）

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容	所要時間 (目安)
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認	5分
●	(2) 医療機関の役割	55分
	① 高齢化の進行に伴う社会背景変化 (3) 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働 ① 医師との連携 ② 医療専門職（医師以外）との連携 ③ サービス担当者会議等における多職種協働	
●	(4) 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供	60分
	① 医療専門職にとっての医療介護連携の意義 ② 介護職員にとっての医療介護連携の意義 ③ 介護・医療・予防の一体的な提供	
	(5) ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の実際 ① 急病時、急変時、入院時、退院時 ② 家族の休息が必要になったとき、看取り期、死亡時	

本科目の構成（2/2）

- 前ページの続きは以下のとおりです。

Eラーニング	内容	所要時間 (目安)
●	(6) 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬	40分
	① 入院時情報連携加算 ② 退院・退所加算 ③ 緊急時等居宅カンファレンス加算	
	(7) 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職との連携	
	① 在宅医療の制度概要 ② 医行為に関連する法律や制度 ③ 医療専門職との連携	
	(8) 個人情報を取り扱う上での留意点	
●	(9) 振り返り、修了評価	20分

本科目の目的、修得目標の確認

本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

- 医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携手法の修得を目指します。

修得目標

- 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- ① 医療との連携の意義と目的について説明できる。
- ② 医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容について説明できる。
- ③ 地域の在宅医療・介護の連携を促進する仕組みについて説明できる。
- ④ 多職種協働の意義と目的について説明できる。
- ⑤ 多職種間で情報を共有することの重要性について説明できる。
- ⑥ 多職種協働における個人情報を取り扱う上での利用者とその家族の同意の必要性について説明できる。

修得目標



【個人ワーク】
10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。
- ① 医療との連携の意義と目的について説明できる。
 - ② 医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容について説明できる。
 - ③ 地域の在宅医療・介護の連携を促進する仕組みについて説明できる。
 - ④ 多職種協働の意義と目的について説明できる。
 - ⑤ 多職種間で情報を共有することの重要性について説明できる。
 - ⑥ 多職種協働における個人情報を取り扱う上での利用者とその家族の同意の必要性について説明できる。

医療機関の役割

1. 高齢化の進行に伴う社会背景変化（1/2）

医療との連携

- 我が国では、高齢者の増加に伴い、独居高齢者（単独世帯）や高齢者のみで暮らす世帯が増え、認知症状を有する人の増加も避けては通れません。そのような背景のもと、要介護状態になった高齢者は、介護を必要とするだけでなく、複数の疾病を抱えている場合が多くなっています。
- 介護支援専門員がケアマネジメントに基づいて介護の提供体制を整えたとしても、病状の変化により介護の必要性が変化することになりますから、居宅サービス計画を見直す必要が生じます。その際に、医療との連携が不可欠だといえます。

1. 高齢化の進行に伴う社会背景変化（2/2）

高齢・多死社会に向けて

- 職住分離が進んだ結果、大都市で就労していたため老齢期になるまで地域社会との接点が乏しい高齢者も少なくありません。また、親族が近隣に居住しているとは限らず、地縁血縁の薄い高齢者が急増しつつあります。
- さらに、高齢化が進展した結果、死亡者が増加の一途をたどっています。団塊の世代が75歳に到達する2025年に向けて、これらの事態への対応体制の構築が求められています。

2. 医療機関の役割（1/5）

主な医療機関の役割について説明します。

救急指定病院	救急医療を要する傷病者のための専用病床等を有し、救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事している病院。
地域医療支援病院	紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用の実施等を通じて、地域医療を担うかかりつけ医を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備を有する病院。
認知症疾患医療センター	認知症専門医療の提供と介護サービス事業者との連携を担う中核医療機関として指定を受けた医療機関。

2. 医療機関の役割（2/5）

がん診療連携拠点病院	専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を担う病院。
特定機能病院	集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を備え、病床数400床以上、 <u>10以上の診療科</u> 、来院患者の <u>紹介率30%以上</u> などを要件とする、高度先端医療行為を必要とする患者に対応する病院。

※なお、上記の特定機能病院の要件は平成28年に改正され、令和2年11月現在、赤字部分は下記の通りとなっています。

- 原則定められた16の診療科
- 紹介率50%以上

2. 医療機関の役割（3/5）

回復期リハビリテーション病棟	脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などの疾患の急性期治療後に、集中的にリハビリテーションを提供することにより在宅復帰を目指す病棟。
緩和ケア病棟	主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させて緩和ケアを提供するとともに、在宅や外来への円滑な移行を支援する病棟。
地域包括ケア病棟	急性期病床からの患者の受け入れ、自宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、在宅への復帰支援の3つの機能を担う病棟。

2. 医療機関の役割（4/5）

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院

- 患者の求めに応じて24時間往診・訪問看護を提供できる体制を確保している診療所または200床未満の病院のことです。
- 24時間訪問看護の提供については、当該医療機関または他の医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、その体制を提供します。その要件には、保健医療サービスと福祉サービスとの連携・調整を担当する介護支援専門員等と連携していることが明記されています。

2. 医療機関の役割（5/5）

医療療養 病床

病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの（医療法第7条第2項）

医療専門職との連携やサービス担当者会議等における多職種協働

1. 医師との連携

(1) 主治医からの情報収集や主治医意見書の活用

- 生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過、投薬内容を含む治療内容、身体の状態、今後発生の可能性の高い状態とその対処方針、生命や機能の予後に関する予測等について、主治医から情報を収集し、得られた情報を居宅サービス計画立案に役立てます。
- 市町村の開示手続きに従い、申請者ならびに主治医の同意のもと、介護支援専門員が主治医意見書を入手できます。

1. 医師との連携

(2) 居宅療養管理指導（医師）から得られる情報

- 居宅療養管理指導から情報を得る趣旨は以下の2点です。
 1. 介護支援専門員に対する、居宅サービス計画作成に必要な情報提供
 2. 介護支援専門員に対する、居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導・助言
- 算定要件であるサービス担当者会議への医師の参加または文書等での情報提供を通じて、医師から得られた情報を居宅サービス計画作案に役立てます。

1. 医師との連携 (3) 主治医への情報提供

- 情報提供する内容
 - 食事・排泄・睡眠など生活の様子、移動能力などの身体機能、主たる疾患の症状やその変化等について、最も身近な利用者家族から得た情報や、サービスを提供する医療専門職や介護職員から得た情報を整理して、必要に応じて主治医に提供します。
- 情報提供を通じて目指すべき効果
 - 生活に関連する情報やその変化を主治医に伝えることによって、病態変化の把握や治療方針への反映などが期待されます。
 - また、介護支援専門員より主治医に「居宅サービス計画等介護の提供状況に関する情報」を提供することによって、医師との連携を円滑化させることが期待されます。

2. 医療専門職（医師以外）との連携

(1) 医療系サービスを提供する医療専門職からの情報収集

- 訪問看護やリハビリテーション等の医療系サービスを利用している場合、サービス提供を通じて看護師やリハビリテーション専門職が把握している利用者の体調やその変化、サービス介入の効果や今後予想される経過等に関する情報を収集することは、その後の居宅サービス計画立案に役立ちます。
- 歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などの医療専門職が居宅療養管理指導として提供した内容は、サービス担当者会議への参加または文書等での情報提供によって介護支援専門員に伝えられます。

2. 医療専門職（医師以外）との連携

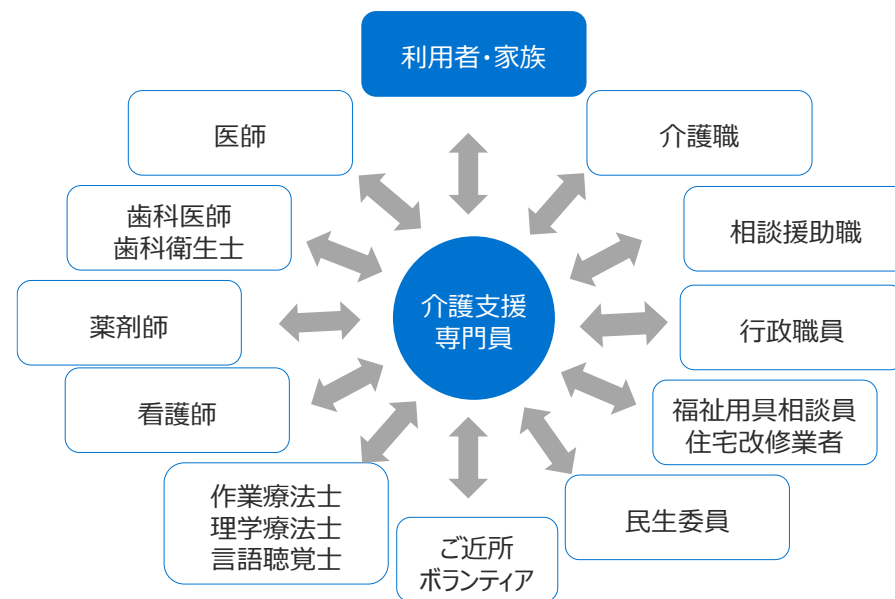
(2) 多職種協働におけるハブ機能（1/2）

利用者情報は介護支援専門員に集まる

- 居宅サービス計画に基づき介護を提供する介護職が把握した利用者に関する情報は、適切に介護支援専門員に伝えられる必要があります。
- 居宅療法管理指導として医療専門サービスに提供するさまざまな医療専門職が把握した利用者に関する情報も、介護支援専門員に報告されることとなります。
- 介護支援専門員は、これらの情報を適切な居宅サービス計画の立案に役立てます。

2. 医療専門職（医師以外）との連携 (2) 多職種協働におけるハブ機能（2/2）

医療介護に関わる様々な職種が把握した情報は、介護支援専門員に集約されることになるため、介護支援専門員はそれらの内容を必要に応じて関わる他の専門職と共有する、いわゆるハブ機能を果たすことが期待されています。



長寿社会開発センター「介護支援専門員実務研修テキスト」上巻P654

地域における多職種との関係性構築の一步である「顔の見える関係づくり」が重要であり、日頃から地域の講演会や研修会、会議等で多職種と交流する機会を持つことが望ましいです。

3. サービス担当者会議等における多職種協働（1/2）

- 利用者が有する課題に基づき、生活面全般に関する療養指導や、服薬遵守、リハビリテーション、栄養ケア、口腔ケア、高次脳機能への適切な刺激や社会参加等について、サービス提供に関わるすべての事業者から事前に情報を収集しておきましょう。
- 会議を通して医療の方針と介護の方針を統一し、提供すべき医療と介護の内容について関係者全員で確認することが必要です。

3. サービス担当者会議等における多職種協働（2/2）

- サービス担当者会議では、特に主治医の参加が鍵になることから、主治医の医療機関で開催する方法や訪問診療にあわせて利用者宅で開催する方法も考慮するとよいでしょう。
- 様々な職種から専門的アドバイスを受けることによりケアマネジメントの質を高めるというプロセスを経験するために、地域ケア会議への参加が効果的です。

振り返り



【個人ワーク】

15分

- ここまで、「医療機関の役割」「医療専門職との連携やサービス担当者会議等における多職種協働」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 介護支援専門員と医療との連携
 - ✓ 主治医への情報提供
 - ✓ 多職種協働におけるハブ機能
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

医療介護連携の意義と介護・医療・ 予防の一体的な提供

1. 医療介護連携における介護支援専門員の役割

- 介護支援専門員は、利用者・家族や介護職員より、食事や排泄、睡眠、移動、清潔などの利用者の生活に関する情報を継続的に収集します。利用者の生活に関する情報やその変化を医療専門職に遅滞なく伝えることによって、病態の適切な見極めや必要な医療提供、意思決定の支援等につながる事が期待できます。
- 介護支援専門員は利用者や家族により近い立場にあることから、医療専門職には言いづらい意向等を利用者家族から聴取するなど、意思決定支援においても重要な役割を果たすことができます。

1.医療介護連携における介護支援専門員の役割（2/2）

- 介護支援専門員は、医療専門職から、治療方針や治療目標の設定、機能および予後の予測等の診療にまつわる判断や情報を収集します。
- 利用者の医療に関する情報を介護サービス事業者や担当する介護職員に伝えることによって、回復の可能性や起こりうる合併症・急性増悪など今後予測される経過や予後等を踏まえ、状態に即した適切な介護の提供が期待できます。

2. 介護・医療・予防の一体的な提供

- 要介護者は、医学的管理と日々の生活を支える介護の双方を必要としています。そして、それを必要とする期間が長くなるほど、複数の専門職種が情報や方針を統合しつつ、協調してサービスを提供する必要が増していきます。
- 介護支援専門員が束ねる介護サービスと、医師・看護師・薬剤師・歯科医師等が主に関わる治療と、リハビリ・栄養・口腔ケアなど予防等に力を発揮する医療専門サービスが、統一された方針に基づいて一体的に提供されることにより、その医療や介護の質、そして効率性の向上が期待できます。
- 在宅限界点は利用者の状態だけでなく、家族の事情、さらには地域のサービス資源の状況とその確保のいかに左右されることを理解しましょう。

ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の実際

1. 急病時（1/3）

居宅サービス 計画変更の 検討

利用者に急病が発生した場合は、新たな診断がなされ、さらに病院での精査が必要になる、治療方針の変更を要するなどの展開が考えられます。その病状によっては利用者の心身状態が大きく変化し、その結果、居宅サービス計画を見直す必要が生じ得ます。介護支援専門員は、急病の診断や治療方針、医療処置やケアの必要性、予想されるその後の経過の見通し等の情報に基づき、居宅サービス計画の変更について検討する必要があります。

1. 急病時（2/3）

緊急時カンファレンスの開催

- 利用者が急病を生じた場合や、診療方針を大幅に変更する必要が生じた場合に、カンファレンスを開催します。
- 医師による疾病管理や予後の見通し、看護師による医療処置やケアの必要性に基づき、治療方針や居宅サービス計画の変更等について話し合い、関係者間で新たな方針を統一する必要があります。

1. 急病時 (3/3)

緊急時等居宅 カンファレンス加算

「病院または診療所の求めにより、当該病院または診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合に、1か月につき2回まで200単位/回の算定をすることができる。」

(資料) 白澤政和,岡田進一,川越正平,白木裕子,福富昌城編[2019].『介護支援専門員現任研修テキスト第1巻専門研修過程 I (第2版)』
中央法規出版株式会社,P.224より引用

2. 急変時（1/2）

緊急連絡先の把握	<ul style="list-style-type: none">救急搬送などの緊急事態に備えて、家族等の緊急連絡先、主治医や訪問看護師、薬局等の緊急連絡先をあらかじめ把握しておくことが望ましいです。
緊急時対応体制の構築	<ul style="list-style-type: none">在宅療養支援診療所、24時間体制を有する訪問看護ステーション、基準調剤加算を算定している薬局、事業所加算を算定している居宅介護支援事業所等との連携のもと、利用者ごとに緊急時対応体制を構築しておくことも望ましいです。

2. 急変時（2/2）急変時であっても留意しておくべき点

リロケーションダメージ	<ul style="list-style-type: none">• なじみの関係の重要性は、認知症ケアのみならずすべての高齢者に通じる要素であることから、療養場所が変わることに伴うデメリットである「リロケーションダメージ」の重要性について理解しましょう。
安静の害	<ul style="list-style-type: none">• 入院して急性期治療に専念した結果、廃用性の筋萎縮や関節拘縮、褥瘡といった副次的な弊害が生じるなど、安静の害も枚挙にいとまがありません。これらのリスクは認知症の人に限ったことではなく、セルフケアに困難を抱えたすべての要介護高齢者が抱えるリスクだといえます。
入院の回避	<ul style="list-style-type: none">• 入院を回避できる状況を整えることができるのであれば、環境を変えることなく緊急事態に対応するほうが、利用者の混乱や事故、合併症の併発、認知症の悪化などの二次的なトラブルの発生を防ぐ可能性が高いことを理解しましょう。

3. 入院時

病院の職員に対して情報提供する内容は以下の通りです。

- 利用者の心身の状況（疾患・病歴、認知症の有無、徘徊等の行動異常の有無）
- 生活環境（家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の情報など）
- サービスの利用状況等

治療方針の決定や意思決定支援に役立てるべく、利用者や家族の医療に対する意向や療養に関する希望などについて、これまでの関わりから把握している情報も共有してください。

4. 退院時

- 医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師、入院している病棟の医師や看護師等から、入院後の身体状況の変化や退院後も継続する必要がある医療的処置等、医療に関する情報を入力します。
- 家屋の構造や家族が有する条件等を考慮した上で、退院後の居宅サービス計画原案を作成します。退院時共同指導の際などにこの原案を呈示し、医療面と考え合わせた上で、退院後の居宅サービス計画を完成させます。

5. 家族の休息が必要になったとき

レスパイト	<ul style="list-style-type: none">介護を要する利用者と長期間にわたり同居している家族には、少なからず負担がかかっています。介護を担う家族の休息を確保する、いわゆるレスパイトの役割を通所介護や短期入所等のサービスが担っています。
不安定な病態を有している場合	<ul style="list-style-type: none">利用者が不安定な病態を有している場合には、ショートステイでは対応が困難な場合もあります。後方支援機能を有する病院や緩和ケア病棟等を有する医療機関と連携して、所定の目的のもと利用者を一時的に入院させることにより、家族の休息期間を確保する方法も検討しましょう。また、医療ニーズに対応できる看護小規模多機能型居宅介護の利用も検討しましょう。

6. ターミナル期（1/2）

医師・看護師との連携

- 終末期にあたり、予後予測や予想される今後の経過について医師から情報を得るとともに、主治医や訪問看護師と緊密に連携し、利用者家族に対して適切な病状説明がなされるよう配慮する必要があります。

介護職員との連携

- 終末期に必要なとなる医療的ケアを適切に把握し、同時期に関わることになる介護職員に対して、介護を提供するにあたっての注意点等について周知を図ってください。

6. ターミナル期（2/2）

心理的負担	<ul style="list-style-type: none">この時期を迎えた利用者の介護を担当することは、提供する側にとっても心理的負担が小さいため、利用者家族への対応方法や介護職員に求められる配慮等を伝え、医療専門職と歩調を合わせた統一的な対応ができるよう心がけましょう。
介護職の心理的負担	<ul style="list-style-type: none">介護職の心理的負担について、不安に思っていることを尋ね、必要に応じてアドバイスを行う、労をねぎらうなどの配慮が必要になります。

7. 死亡時

死亡診断書の交付

- 医師が死亡の際に立ち会っておらず、生前の診察後24時間以上を経過した場合であっても、主治医、医療機関の医師が死後改めて診察を行い、生前に診療していた疾病に関連する死亡であると判定できる場合には、死亡診断書を交付できます。
- 受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合は、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付できます。

留意点

- 在宅で看取りが発生した場合、速やかに主治医と連絡をとれる体制をあらかじめ整えておく必要があります。
- かかりつけではない医師や救急隊員が対応するに及んだ場合、このような判断はできないことから、警察に届け出て検死を行う必要が生じてしまうことに留意しましょう。

振り返り



【個人ワーク】

15分

- ここまで、「医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供」「ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の実際」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 医療介護連携（連携時における介護支援専門員の役割）
 - ✓ 急病時の対応
 - ✓ レスパイトの役割
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

医療連携にかかる居宅介護支援の 介護報酬

1. 入院時情報連携加算

入院時情報連携加算（Ⅰ）	利用者が入院してから3日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定。
入院時情報連携加算（Ⅱ）	利用者が入院してから4日以上7日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定。

「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の入院日、心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいいます。当該加算については、利用者一人につき、1月に1回を限度として算定することとします。また、情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について居宅サービス計画等に記録します。なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられます。

2. 退院・退所加算

医療機関または介護保険施設からの退院・退所時に、利用者の退院・退所後の円滑な在宅生活への移行と、早期からの医療機関等との関係を構築していくため、情報共有を行った場合

1回に300単位を加算、要件を満たせば入院期間中に3回まで算定可能

会議（カンファレンス）に参加した場合は、会議（カンファレンス）の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画書等に記録し、利用者・家族に提供した文書の写しを添付することとされています。

※なお、退院・退所加算は平成30年に改正され、令和3年1月現在、下記の通りとなっています。

- 病院、診療所に入院、または地域密着型介護老人福祉施設や介護保険施設に入所していた利用者が、退院・退所して、居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用する場合、退院・退所における居宅サービス計画の初回作成の手間を明確に評価するとともに、連携回数、カンファレンスに参加した場合を上乗せで評価される
- 入院または入所期間中につき、1回を限度として加算される

	カンファレンス 参加無	カンファレンス 参加無
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	-	900単位

3. 緊急時等居宅カンファレンス加算

緊急時等居宅カンファレンス加算には以下があります。

病院または診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合

1回に200単位を加算、利用者1人につき1月に2回まで算定可能

- 緊急時等居宅カンファレンス加算を算定する場合には、カンファレンスの実施日、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画書等に記載します。
- カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス及び地域密着型サービスの調整を行うなど、適切に対応する必要があります。

在宅医療の制度や法令の概要と 医療専門職との連携

1. 在宅医療の制度概要（1）訪問診療と往診

訪問診療	通院が困難な患者に対してあらかじめ計画を立てて医師が居宅に赴く診療
往診	患者の求めに応じて医師が臨時に居宅に赴く診療

1. 在宅医療の制度概要 (2) 在宅時医学総合管理料

- かかりつけ医が提供すべき包括的かつ計画的な医学管理を継続的に提供することに対する診療報酬です。
- 在宅時医学総合管理料は、月2回以上訪問診療を行った場合に算定できます。

1. 在宅医療の制度概要

(3) 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院

- 患者の求めに応じて24時間往診・訪問看護を提供できる体制を確保している診療所または200床未満の病院のことです。
- 24時間訪問看護の提供については、当該医療機関または他の医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、その体制を提供します。
- その要件には、保健医療サービスと福祉サービスとの連携・調整を担当する介護支援専門員等と連携していることが明記されています。

2. 医行為に関連する法律や制度

(1) 医行為ではないと考えられる行為 (1/3)

- 医療機関以外の高齢者介護・障害者の現場において判断に疑義が生じることの多い行為であって、原則として医行為ではないと考えられる行為について、医療局通知によって、次のスライドのように例示されています。
- 通知に基づき、介護職員が身体的ケアに従事するにあたっての不安を解消するとともに、利用者の安全を確保するべく配慮します。

2. 医行為に関連する法律や制度

(1) 医行為ではないと考えられる行為 (2/3)

1. 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
2. 自動血圧測定器により血圧を測定すること
3. 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること(汚物で汚れたガーゼの交換を含む。)

(次のスライドに続く)

(資料) 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について
<平成17年7月26日医政発第076005号>

2. 医行為に関連する法律や制度

(1) 医行為ではないと考えられる行為 (3/3)

5. 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く。)、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服(舌下錠の使用も含む)、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
- ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

(資料) 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について
<平成17年7月26日医政発第076005号>

2. 医行為に関連する法律や制度

(2) 介護職員等が喀痰吸引等の医療行為を実施するための研修制度（1/2）

- たんの吸引及び経管栄養は医行為に該当し、医師法等により医師・看護師等のみが実施可能となっています。2010年までは厚生労働省の通知により、介護職等によるたんの吸引等は、当面のやむを得ない措置として、一定の要件のもとで認められてきました。
- 2012年からは、介護職等によるたんの吸引等が将来にわたって安全に実施されるように、「社会福祉士及び介護福祉士法」が一部改正され、一定の研修を受けた介護職等においては、医師や看護師との連携による安全が確保されているなど、一定の条件のもとで実施可能となりました。

2. 医行為に関連する法律や制度

(2) 介護職員等が喀痰吸引等の医療行為を実施するための研修制度 (2/2)

- 介護職等がたんの吸引等を実施するためには、一定の研修（喀痰吸引等研修）を受け、たんの吸引等に関する知識や技能を獲得し、都道府県から認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けるとともに、当該職員が所属している事業者が登録特定行為事業者として登録を行うことで初めて実施できるようになります。

喀痰吸引等研修	
不特定多数の者に対する研修	第1号・第2号研修と呼ばれ、50時間以上の講習受講を要する研修
特定の者に対する研修	第3号研修と呼ばれ、9時間の講習受講を要する研修

- 制度の概要について理解して、登録特定行為事業者や登録特定行為業務従事者と連携することが必要です。

3. 医療専門職との連携

(1) 医師と看護師の連携 (1/3)

訪問看護 指示書	<ul style="list-style-type: none">• 主治医が訪問看護の必要性を認めた場合、患者の病態や指示内容を記載する文書のことです。
特別訪問 看護指示 書	<ul style="list-style-type: none">• 急性増悪を生じるなど頻回の訪問看護が必要と判断された場合に発行される文書のことです。この指示書に基づき、14日間に限り医療保険から頻回の訪問看護が提供されます（月1回に限る）。• 真皮を超える褥瘡を有する患者と気管カニューレを使用している患者に限り、月2回発行できます。

3. 医療専門職との連携

(1) 医師と看護師の連携 (2/3)

- 介護保険に申請し、要支援・要介護の介護認定を受けても、次のスライドにある「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当すれば、医療保険の訪問看護となります。

3. 医療専門職との連携

(1) 医師と看護師の連携 (3/3)

1. 末期の悪性腫瘍
2. 多発性硬化症
3. 重症筋無力症
4. スモン
5. 筋萎縮性側索硬化症
6. 脊髄小脳変性症
7. ハンチントン病
8. 進行性筋ジストロフィー症
9. パーキンソン病関連疾患^a
10. 多系統萎縮症(線条体黒質変性症, オリーブ小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
11. プリオン病
12. 亜急性硬化性全脳炎
13. ライソゾーム病
14. 副腎白質ジストロフィー
15. 脊髄性筋委縮症
16. 球脊髄性筋委縮症
17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
18. 後天性免疫不全症候群
19. 頸髄損傷
20. 人工呼吸器を使用している状態^b

a. 進行性核上性麻痺, 大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって、生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)

b. 夜間無呼吸のマスク換気は除く

3. 医療専門職との連携

(2) 医師と薬剤師の連携

- 処方せんだけでは患者の病態や処方意図はわからないことから、医師は薬局宛に訪問薬剤管理指導にかかる診療情報提供書を発行します。
- 薬剤師は、提供された診療情報に基づいて訪問薬剤管理指導を行います。

3. 医療専門職との連携

(3) 医師とリハビリテーション専門職の連携

訪問看護ステーションに所属するリハビリテーション専門職と連携する場合

訪問看護と同様に医師が訪問看護指示書を発行します。

医療機関に所属するリハビリテーション専門職と連携する場合
(病院や診療所、介護老人保健施設など)

主治医が当該医療機関の医師宛に診療情報提供書を発行します。

リハビリテーション専門職が所属する医療機関の医師は、3か月に一度患者を診療して自機関に所属するリハビリテーション専門職に対して直接指示を出す必要があります。

3. 医療専門職との連携

(4) 医療機関間の連携

- 主治医以外の病院、診療所、歯科医院を受診する場合には、主治医から相手先医療機関宛の診療情報提供書が出され、診療結果について主治医宛の診療情報提供書が戻されます。
- 介護支援専門員は、必要に応じてこれらの内容を把握して居宅介護支援に反映させることが望ましいです。

個人情報を取り扱う上での留意点

個人情報を取り扱う上での留意点

- 介護支援専門員は利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意をあらかじめ文書により得ておく必要があります。
- 介護支援専門員は業務上知り得た利用者またはその家族の個人情報を外部に漏らすことのないように、必要な措置を講じる必要があります。

振り返り



【個人ワーク】

15分

- ここまで、「医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬」「在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 退院・退所加算
 - ✓ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院
 - ✓ 医療専門職との連携
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 科目のはじめに確認した修得目標は達成できたでしょうか。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、研修記録シートを作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。